

# Chancen/Risiken von pauschalen Honorierungsmodellen

SV-Wissenschaft – Werkstatt 2013  
Zielorientierte Versorgung, 30.9.-1.10.2013

Mag. Nina Pfeffer

Hauptverband der österreichischen SV-Träger

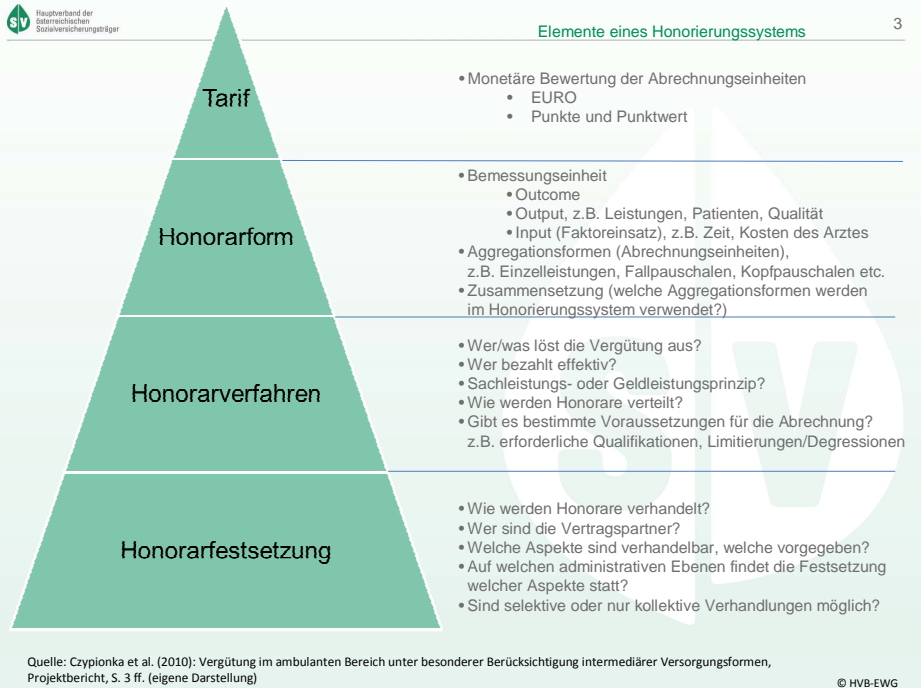
[nina.pfeffer@hvb.sozvers.at](mailto:nina.pfeffer@hvb.sozvers.at)

## Theoretische Grundlagen

- Elemente eines Honorierungssystems
- Beispiele für Honorarformen
- Chancen/Risiken pauschaler Honorierungsmodelle

## Honorierungssysteme in Österreich

- Handlungsbedarf?
- Honorierungsmodelle in Österreich
- Ausblick



- Monetäre Bewertung der Abrechnungseinheiten
  - EURO
  - Punkte und Punktwert

- Bemessungseinheit
  - Outcome
  - Output, z.B. Leistungen, Patienten, Qualität
  - Input (Faktoreinsatz), z.B. Zeit, Kosten des Arztes
- Aggregationsformen (Abrechnungseinheiten), z.B. Einzelleistungen, Fallpauschalen, Kopfpauschalen etc.
- Zusammensetzung (welche Aggregationsformen werden im Honorierungssystem verwendet?)

- Wer/was löst die Vergütung aus?
- Wer bezahlt effektiv?
- Sachleistungs- oder Geldleistungsprinzip?
- Wie werden Honorare verteilt?
- Gibt es bestimmte Voraussetzungen für die Abrechnung?  
z.B. erforderliche Qualifikationen, Limitierungen/Degressionen

- Wie werden Honorare verhandelt?
- Wer sind die Vertragspartner?
- Welche Aspekte sind verhandelbar, welche vorgegeben?
- Auf welchen administrativen Ebenen findet die Festsetzung welcher Aspekte statt?
- Sind selektive oder nur kollektive Verhandlungen möglich?

Quelle: Czypionka et al. (2010): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen, Projektbericht, S. 3 ff. (eigene Darstellung)

### Grundleistungspauschale

Vgl. derzeitige Lösung der Gebietskrankenkassen (Quartalsfallpauschale als Grundleistungspauschale)

### Indikationsunabhängige Fallpauschale

Abgeltung sämtlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung eines Falles anfallen (kontaktabhängig!)

Versorgung in einem bestimmten Zeitraum (z.B. Quartalspauschale) oder pro Kontakt (z.B. Kontaktpauschale – vgl. Bestimmungen zur Abrechnung von Einzelordinationen in den bestehenden Honorarordnungen) bezahlt werden.

### Kopfpauschale

Pauschale für die Versorgung einer definierten Einzugspopulation (kontaktunabhängig!)

### **Episodenbasierte Vergütung (diagnoseorientierte Vergütung)**

Pauschalierungen, die eine Honorierung für die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder umfassen.

Indikationsspezifische Fallpauschalen oder indikationsbezogene Kopfpauschalen  
(z.B. für die Versorgung von Diabetikern)

### **Komplexpauschalen**

Pauschale Abgeltung mehrerer Leistungserbringer entlang eines Behandlungspfades (z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung).

### **Einzelleistungsvergütung**

Vgl. derzeitiges System in Österreich (Honorarkataloge, Limitierungen, Degressionen)

Sonderform der Einzelleistungsvergütung: **Relative Value Scales**

Gewichtungen der einzelnen Positionen zueinander wird festgelegt (z.B. in Form von Punkten), Tarif = Punkte x Punktwert (vgl. EBM in D)

### **Pay-for-Performance-Modelle (P4P)**

Bezahlung in Abhängigkeit vom Erreichen bestimmter Gesundheitsziele bei der Versorgung der Patienten (z.B. Einstellen der Blutzuckerwerte).

### **Kostenerstattung**

Retrospektive Abgeltung der angefallenen Kosten bei sehr teuren Leistungen/Fällen

### Chancen

- Förderung von Prävention - *Kopfpauschalen und globale Budgets*
- Bessere Versorgungskoordination - *Komplexpauschalen*
- Innovation und Produktivität entlang des Behandlungspfades - *Episodenbasierte Pauschalierung*
- Steigerung der Behandlungsqualität
- Kostenreduktion - *gegenüber Fee for Service – kein Anreiz zur Mengenausweitung*

### Risiken

- Qualitätsverlust - *z.B. Leistungsverminderung, Reduktion der Produktivität und Innovation*
- Patientendiskriminierung - *Bevorzugung von „günstigen“ Patienten bis hin zur Ablehnung von „teuren“ Patienten (NB: Risikoadjustierung!)*
- Intransparenz bzgl. Leistungsgeschehen
- Akzeptanz der Ärzte - *z.B. finanzielles Risiko wird durch Ärzte (mit-)getragen*
- Kostenverschiebung - *in andere Sektoren*

## Theoretische Grundlagen

- Elemente eines Honorierungssystems
- Beispiele für Honorarformen
- Chancen/Risiken pauschaler Honorierungsmodelle

## Honorierungssysteme in Österreich

- Handlungsbedarf?
- Honorierungsmodelle in Österreich
- Ausblick

### Neue Versorgungs- und Organisationsformen ante portas

- Fachübergreifende Gruppenpraxen  
Gesetzlicher Auftrag: § 342a ASVG – pauschalierte Honorierung von fächerübergreifenden Gruppenpraxen
- Ärztehäuser
- spitalsambulante bzw. vorgelagerte Strukturen (ZAE/AEE, Triageordination)
- Ambulanzentlastende Strukturen im niedergelassenen Bereich
- Disease Management Programme

### Gesundheitsreform

- Gemeinsame Planung und Steuerung, auch im ambulanten Bereich, durch gemeinsame Ziele
- Honorierungsmodelle sollen „Leistungserbringung am Best-point-of service“ unterstützen
- Pay-for-Performance Modelle

### Grundsätzlich Mischsysteme

- Krankenhaus stationär - LKF + „Abgangsdeckung“+ Sonderklasse
- Krankenhaus Ambulanz - Länderlösungen – pauschaliert bis Einzelleistungen
- „Institute“ - Einzelleistungen mit Degressionen und Deckelungen
- Niedergelassene Vertragspartner - Pauschalien, Einzelleistungen mit Degressionen und Deckelungen

### Das derzeitige Honorierungssystem im niedergelassenen Bereich

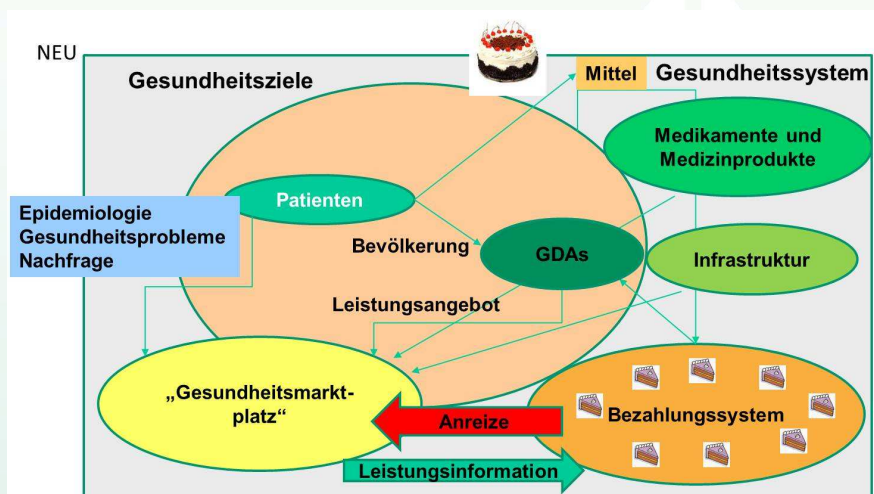
- ist in der Kostendynamik beherrschbar (Preiskomponente)
- ist den Akteuren vertraut
- arbeitet bereits mit pauschalieren Elementen (Fallpauschale, Limits/Degressionen)

### Das derzeitige Honorierungssystem

- ist komplex (Transaktionskosten!)
- fördert die „Handgriffsmedizin“ und führt zu Mengenausweitungen
- schafft Anreize hin zu technischen Leistungen (Kostendynamik)
- berücksichtigt keine Folgekosten (fehlender Anreiz zur Endbehandlung)

**Konsequenz: Kostenorientierung vs. Qualitätsorientierung**

### Das Gesundheitssystem als Modell begreifen!



Beispiele für Versorgungsstrukturen	Mögliche Honorierungsmodelle (Beispiele!)
Stärkung der Primärmedizin, Aufwertung Allgemeinmediziner, Hausarzt als Lotse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kopfpauschalen/Fallpauschalen</b></li> <li>• <b>Pay-for-Performance</b></li> </ul>
Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse (bessere Koordination der Versorgung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „ambulante DRGs“ für verschiedene chronische Erkrankungen, Komplexpauschalen</li> </ul>
Fächerübergreifende Zusammenarbeit in multiprofessionellen Versorgungszentren (Strukturen zur Entlastung von Spitalsambulanzen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „ambulante DRGs“ für verschiedene chronische Erkrankungen, Komplexpauschalen</li> <li>• Fallpauschalierungen für gemeinsame Fälle</li> <li>• <b>Gesamtvergütung („Budget“)</b></li> </ul>

Jedes Honorierungsmodell hat positive und negative Anreizwirkungen - die besten Ergebnisse für die Versorgung werden **durch gemischte Systeme**, also eine Kombination von verschiedenen Honorarformen, erzielt.

Die konkrete Ausgestaltung und die Gewichtung der Elemente hängen davon ab, welche Ziele durch die Honorierung unterstützt werden sollen.

**For every complex problem there is an answer that is clear, simple and wrong.**

(H.L.Mencken)

**Neue Versorgungsformen (Primärversorgungsmodelle, multiprofessionelle Versorgungsformen) brauchen neue, innovative Honorierungsmodelle.**

**Unterschiedliche Honorierungsmodelle für unterschiedliche Versorgungsmodelle!**

**Mischformen unterstützen das Gleichgewicht zwischen Qualität und Effizienz.**

**Anreize zu Überversorgung mit (technischen) Leistungen können vermindert, mehr Gewicht auf Betreuung gelegt werden.**

**Der Patient und seine Erkrankung stehen im Mittelpunkt.**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**